CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 23

DES

# FIBROMES, MYOMES

ET

# FIBRO-MYOMES DU VAGIN

## THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

**le 26 avril 1884**

PAR

**Adolphe ROCHEBLAVE**

Né à Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1884

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
COMBAL ✻ ✠..... } Assesseurs
GRASSET..... }

***Professeurs.***

| | Messieurs : |
|---|---|
| *Opérations et appareils.* | BOUISSON, O. ✻ ✠, D. hon. |
| *Pathologie externe.* | BOYER ✻. |
| *Accouchements.* | DUMAS ✻. |
| *Clinique médicale.* | DUPRÉ ✻ C ✠. |
| *Anatomie.* | BENOIT ✻ ✠ |
| *Clinique médicale.* | COMBAL ✻ ✠. |
| *Clinique des maladies mentales et nerveuses.* | CAVALIER ✻. |
| *Physique médicale.* | MOITESSIER ✻. |
| *Anatomie patholog. et histologie.* | ESTOR |
| *Médecine légale et toxicologie.* | JAUMES. |
| *Clinique chirurgicale.* | DUBRUEIL ✻. |
| *Chimie médicale et Pharmacie.* | ENGEL. |
| *Hygiène.* | BERTIN-SANS. |
| *Pathologie interne.* | CASTAN. |
| *Thérapeutique et Matière médic* | GRASSET. |
| *Botanique et Histoire Natur.méd.* | PLANCHON ✻ ✠. |
| *Physiologie, chargé du cours.* | LANNEGRACE. |
| *Clinique chirurgicale. id.* | TÉDENAT. |

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻. Profes honor.

***Chargés de Cours:***

| | |
|---|---|
| *Clinique des maladies des enfants.* | MM. BATTLE, agrégé. |
| *Clinique des mal. syphilit. et cutan.* | GAYRAUD, agrégé. |
| *Clinique des maladies des vieillards.* | HAMELIN, agrégé. |

***Agrégés***

| Messieurs : | Messieurs |
|---|---|
| JACQUEMET. | MOSSÉ. |
| DE GIRARD. | REGIMBEAU ✻. |
| SERRE. | TÉDENAT. |
| ROUSTAN. | DUMAS fils. |
| CARRIEU. | BLAISE. |
| MAIRET. | BAUMEL. |
| CHALOT. | VILLE. |
| BIMAR. | GRANEL. |
| LANNEGRACE. | |

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

***Examinateurs de la Thèse:***

MM. ESTOR, *président;*
CAVALIER, professeur;
SERRE, agrégé;
CHALOT, agrégé.

---

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

**A la Mémoire de ma Mère**

## A MON PÈRE

Reçois ce faible témoignage d'affection d'amour filiale.

## A MON FRÈRE

Merci de tes bons procédés. Compte sur moi comme sur toi-môme. L'union fera toujours notre force.

A. ROCHEBLAVE.

*A mon Président de Thèse*

Monsieur le Professeur ESTOR

A Monsieur le Professeur-Agrégé TÉDENAT

A. ROCHEBLAVE.

A MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

A. ROCHEBLAVE.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0059

# INTRODUCTION.

Notre attention ayant été attirée sur les tumeurs bénignes du vagin, nous avions décidé d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Les recherches bibliographiques auxquelles nous nous étions livré nous avaient permis de découvrir, dans les ouvrages français, un nombre de faits très restreint, quand la bonne fortune nous a fait découvrir, en Allemagne, une monographie sur ce sujet, écrite par Kleinwachter, de Pragues.

Nous n'avons pas reculé devant les ennuis d'une traduction assez longue et parfois assez fastidieuse ; nous avons pris dans cet ouvrage ce qui nous a paru bon ; nous y avons ajouté des faits nouveaux, des idées personnelles, et nous présentons aujourd'hui, à nos Juges, le recommandant à leur bienveillance, un travail dont la seule ambition est d'attirer l'attention sur un sujet à peu près négligé en France jusqu'à ce jour.

Qu'il nous soit permis d'adresser publiquement nos remercîments à M. le professeur-agrégé Tédenat. Il a bien voulu nous confier un sujet qu'il se propose de traiter ultérieurement et mettre à notre disposition des observations précieuses ; nous remercions aussi M. le professeur-agrégé Chalot qui a bien voulu diriger nos recherches, ainsi que notre ami Kempf qui nous a aidé dans notre traduction.

Voici l'ordre dans lequel nous avons groupé nos connaissances :

Considérations générales;
Etiologie;
Evolution;
Faits d'anatomie pathologique;
Symptômes;
Diagnostic;
Pronostic;
Traitement ;
Conclusions ;
Observations.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# FIBROMES, MYOMES

## ET FIBRO-MYOMES DU VAGIN

### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Bien que nous étudiions dans notre travail les fibromes avec les myomes et les fibro-myomes ce n'est pas que nous n'admettions l'existence de tumeurs pures dans le vagin. Nous avons des cas de fibromes purs; nous en avons de myomes purs et nous en avons de fibro-myomes; mais l'évolution générale de ces tumeurs, l'époque de leur apparition, leur développement, leurs caractères extérieurs, les symptômes auxquels elles donnent lieu, leur bénignité et le succès des opérations tendant à les enlever, les rapprochent tellement que, au point de vue clinique, il est, à notre avis, inutile de les séparer. Aussi, tout en indiquant, autant qu'il nous a été possible de le faire, la variété à laquelle appartenait chaque tumeur, les avons-nous laissées à leur rang chronologique dans les observations que nous relatons.

Le miscrocope seul peut nous fixer sur la nature intime du néoplasme (1). Breisky pense que les deux formes sont généralement associées et que, le plus souvent, pour ne pas dire toujours, des fibres musculaires lisses s'enfoncent dans le tissu fibreux. Aussi, pour se prononcer, même le microscope en main, faut-il avoir examiné la tumenr en divers sens, avoir fait de coupes nombreuses et s'être livré à un examen très méticuleux.

(1) Billroth, *Handbüch der Frauenkrankheiten VII Abschnitt. Die Krankheiten der vagina, Breisky.* Stuttgard 1879, p. 139.

## ETIOLOGIE.

La cause des tumeurs bénignes que nous étudions est loin d'être connue ; les opinions ont été diverses à cet égard, mais aucune n'a pu être appliquée à tous les cas relatés.

On a prétendu, et cela ne paraîtrait pas invraisemblable, que le coït, les accouchements antérieurs, des tumeurs dans d'autres organes (notamment dans l'utérus) avaient une certaine influence sur leur développement. Kiwisch (1) va même jusqu'à prétendre que les tumeurs du vagin ne sont qu'une conséquence de celles qui se développent dans l'utérus. Parmi les cas assez nombreux qui sont cités dans les auteurs ou que nous avons observés nous avons trouvé très rarement cette complication.

Schræder (obs. 49) parle d'un fibrome du vagin de la grosseur d'une noix, compliqué d'un polype de l'utérus de la grosseur de la tête d'un enfant. Virchow (obs. 26) a observé un fibrome du vagin de la grosseur d'une noisette, compliqué d'un fibro-myome de l'utérus.

Pillore (obs. 12) cite un cas dans lequel la tumeur qui remplissait le vagin était fixée à la paroi antérieure du vagin et de l'utérus. Cette observation n'est pas très claire.

Le coït, qui a été aussi mis en ligne de compte, ne peut pas être accusé seul; et nous trouvons des cas cités par Jakobs (obs. 29 et 30), Greene (obs. 31), Kleinwächter (obs. 53), dans lesquels la tumeur a été observée sur des femmes vierges ; dans d'autres cas cités par Traeltzl (obs. 24),

(1) Kiwisch, *Klin Vortrage*, Bd. II, p. 545.

Wilson (obs. 37), Martin (obs. 43), les tumeurs ont été observées sur des enfants ayant moins de trois ans.

Les accouchements antérieurs ne peuvent pas non plus être incriminés ; car les tumeurs dont nous nous occupons se sont développées le plus souvent sur des femmes qui n'avaient jamais été mères. On a invoqué bien d'autres causes qui paraissent bien moins justifiées, et tout ce que nous pouvons dire de l'étiologie, c'est qu'elle est très obscure.

## ÉVOLUTION.

Les tumeurs fibreuses, myomateuses ou fibro-myomateuses s'accroissent d'ordinaire assez lentement et encore ne peut-on préciser l'époque de leur apparition.

La plupart des malades ou même toutes les malades les remarquent seulement lorsqu'elles ont déjà acquis un certain volume, et même dans ces cas il est difficile de suivre leur évolution.

Pourtant Fischer (obs. 45) a observé une tumeur qui avait d'abord le volume d'une noisette et trois ans plus tard avait atteint celui d'un poing d'homme; Greene (obs. 31) parle d'une malade qui s'était aperçue, à l'âge de 37 ans, d'une tumeur vaginale gênant la miction ; plus tard, cette tumeur sortit du vagin ayant le volume d'un œuf de poule et, à l'âge de 51 ans, cette malade était porteuse d'un néoplasme qui avait la grosseur de la tête d'un nouveau-né. Jakobs (obs. 29) parle d'une tumeur qui, dans 5 ans, serait passée de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'une tête d'enfant ; il parle dans la même observation d'une deuxième tumeur qui, dans l'espace de quatre semaines, aurait atteint le poids d'un peu moins d'une livre (mais ici il est probable que la malade ne fut pas suffisamment examinée lors de l'ablation de la première tumeur et que la deuxième, passée inaperçue et gênée dans son évolution par la première, s'accrut et se montra peu de temps après la disparition de celle-ci).

La grosseur des tumeurs dont nous parlons est très variable ; elle varie depuis un œuf de pigeon du poids de 30 à 40 gr. jusqu'à des chiffres excessifs. Ainsi Baudier (obs. 10)

parle d'une tumeur qui pesait 10 livres et demie, Gremler (obs. 8), 10 liv. 75 gr. Les auteurs qui s'en sont occupés ont pris pour terme d'appréciation différents volumes : une noisette, un œuf de poule, un œuf d'oie, une orange, une grosse pomme, une tête de fœtus, une tête de nouveau-né, un fœtus de 6 mois. La forme qu'elles affectent est généralement plus ou moins sphérique ; pourtant, une fois qu'elles sont sorties du vagin, elles tendent à devenir plus ou moins cylindriques ou allongées ; on comprend en effet que la vulve s'opposant à ce que l'accroissement se fasse uniformément dans tous les sens, la tumeur se développe plus dans le bas que dans le haut et dans le sens de la longueur que dans celui de la largeur.

Le point d'implantation est très variable ; elles paraissent pourtant affecter une préférence pour la paroi antérieure du vagin où elles se rencontrent à peu près quatre fois plus fréquemment qu'à la paroi postérieure ; c'est aussi l'avis de Leteneur (1). Robitansky (2), Klob (3) prétendent le contraire ; il est probable que leur appréciation était émise d'après un nombre très restreint de faits, car, s'ils eussent rassemblé les observations fournies jusqu'à leur époque, ils auraient pu constater leur erreur. Pourquoi cette préférence ? C'est là un fait inexpliqué. Il paraîtrait pourtant assez naturel d'admettre que les frottements dus au coït, la facilité avec laquelle par l'introduction de certains instruments, on atteint la paroi antérieure la compression pendant l'accouchement contre la symphyse, sans être la cause

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 83.

(2) *Lehrbuch der pathologische Anatomie III Auflage*, 1861, Bd. III, p. 518.

(3) *Pathologische Anatomie der Weiblichen Sexualorgane*. Vien. 1864, p. 427.

absolue des tumeurs, ne sont pas sans influence sur leur développement.

Elles paraissent prendre naissance dans la tunique muculeuse ou cellulo-fibreuse du vagin ; pourtant leur point de départ n'est pas toujours dans les parois vaginales ; il est pour quelques-unes dans le tissu cellulaire qui sépare le rectum du vagin ou le vagin de la vessie,

L'âge ne paraît pas sans influence sur leur développement, et bien que nous ayons des cas cités dans les trois premières années, bien que Greene ait extirpé une de ces tumeurs à une fille de 51 ans, elles ont été observées en plus grand nombre pendant la période d'activité des organes sexuels, de l'âge de la puberté à celui de la ménopause. Dans cette période c'est entre trente et quarante qu'elles paraissent le plus fréquentes.

Il est très rare que plusieurs de ces tumeurs existent en même temps dans le vagin ; nous ne connaissons que deux observations dans lesquelles les néoplasmes n'étaient pas isolés. Ce sont : 1° l'observation de Jakobs dans laquelle il y avait deux tumeurs dont l'une ne devint apparente qu'après l'ablation de l'autre ; 2° celle de Tédenat qui a constaté trois tumeurs. Il est bon d'ajouter que, dans ces cas, elles ne paraissent pas s'être développées en même temps. Elles tendent toujours à s'accroître. Les incommodités qu'elles entraînent font que les malades cherchent à s'en débarrasser alors qu'elles ont atteint un certain volume. La tumeur de 10 livres et demie citée par Baudier (obs. 10) représente déjà une masse assez considérable ; il peut se faire pourtant que la tumeur diminue quelque peu, car des plaques gangréneuses peuvent se former à sa surface ; elles forment des eschares assez étendues et profondes qui retranchent une partie du néoplasme. Hœning (obs. 28) parle d'une grosse tumeur qui présentait ces caractères : elle était recouverte

d'une membrane rouge-noire, ulcérée par places, et une partie de la tumeur pesant plus de deux livres avait même été expulsée quelque temps avant l'opération.

Bien que nous n'ayons pas voulu séparer pour l'étude les trois tumeurs dont nous nous occupons, nous dirons pourtant que c'est à la catégorie des fibro-myomes qu'appartiennent les plus grosses; les fibromes purs ou les myomes purs n'atteignent jamais le volume et le poids représentés par une masse de 10 livres et demie ou par une autre de 30 centimètres de long sur 24 de large et 16 d'épaisseur citée par Pillore. Les néoplasmes du vagin dont nous nous occupons sont pédiculés ou non; il est pourtant plus fréquent qu'ils le soient et même assez souvent le pédicule ne paraît pas en rapport avec le volume. On a vu des tumeurs excessivement volumineuses fixées par un pédicule d'un centimètre ou deux de diamètre et d'un centimètre de longueur; d'autres de la grosseur d'une pomme, fixées par un pédicule de la grosseur d'un tuyau de plume d'oie. Il ne faudrait pas pourtant croire que c'est là une règle absolue, car, dans certains cas, la tumeur était fixée à tout une paroi du vagin et même garnissait toute cette paroi (Greene, obs. 31). La longueur du pédicule est, on le comprend, une des causes qui facilitent la hernie de la tumeur. L'absence de pédicule ou plutôt d'un pédicule mince et long n'est pourtant pas une raison suffisante pour que la tumeur reste contenue dans le bassin.

Comme elle tend toujours à augmenter, on conçoit qu'il arrive un moment où le vagin ne peut plus la contenir; alors la hernie se produit; mais, dans ce cas-là, c'est une sortie progressive et non une sortie prompte, brusque, inattendue; ce n'est plus par hasard et sans avoir le moindre sentiment de son existence que la malade sent tout-à-coup un corps étranger sortir de la vulve comme dans le cas cité par Mac

Clintock (obs. 20), elle n'est pas précédée de douleurs qui amènent son expulsion, comme dans les cas cités par Baudier (obs. 10), par Traetzl (obs. 24), Wilson (obs. 37), Porro (obs. 38), elle sort progressivement.

Les tumeurs intra-vaginales, lorsqu'elles ont atteint un certain volume, pressent naturellement sur les organes environnants, et, dans certains cas, les compriment, n'amenant qu'une gêne légère dans leur fonctionnement. D'autres fois, non seulement elles les compriment, mais encore les déplacent. Le rectum peut être comprimé ainsi que la vessie ou l'urèthre; alors la défécation devient très pénible et la miction peut devenir impossible. L'utérus est lui-même quelquefois, soit déplacé en masse, soit simplement fléchi en divers sens; la flexion peut être si forte, qu'elle empêche complètement le fonctionnement de l'organe.

Nous trouvons des cas où la menstruation n'est nullement influencée par l'existence des néoplasmes; d'autres fois l'écoulement menstruel paraît plus ou moins modifié, soit comme quantité, soit comme qualité, soit comme époque. Baudier (obs. 10) cite un cas dans lequel la menstruation avait complètement cessé. Dans un autre cas cité par Kleinwachter (obs. 53), les règles furent régulières pendant toute la durée de l'évolution de la tumeur; elles ne cessèrent que huit semaines avant l'époque où la malade jugea à propos de se laisser opérer.

Rochelt (obs. 50) et Beigel (obs. 35) pensent que les règles doivent être plus abondantes, et, du moins, dans les cas cités par eux, ce fait a paru se produire. Dans le cas cité par Hœning (obs. 28), la malade avait depuis trois ans des écoulements séro-sanguinolents. Ollivier (obs. 22) parle d'un cas dans lequel l'écoulement menstruel était normal mais tardif.

A moins de volume excessif de la tumeur, la conception ne paraît pas empêchée; et nous trouvons dans les auteurs bien

des cas de conception et même d'accouchement dans ces conditions.

Un cas assez extraordinaire, et qui fait supposer que les néoplasmes dont nous parlons peuvent acquérir un volume énorme dans peu de temps, est celui cité par Gremler (obs. 8); la tumeur enlevée pesait 10 livres 75 gr. La malade était enceinte, elle accoucha trois semaines après l'opération d'un enfant bien portant. Il est à supposer que la conception avait eu lieu alors que la tumeur avait un volume bien inférieur à celui qu'elle présentait alors. En tout cas, elle avait dû être assez petite pour permettre le rapprochement sexuel, ce qui eût été impossible avec la masse opérée. Elles doivent avoir une influence sur le nombre des conceptions, surtout lorsqu'elles sont excessivement douloureuses et rendent le coït intolérable. Elle ne paraissent pas gêner le développement du fœtus qui, du jour de la conception jusqu'à l'accouchement, poursuit régulièrement son développement. Au fait, la tumeur n'ayant rien de commun avec l'utérus au point de vue de la nutrition, on comprend parfaitement que la nutrition du fœtus n'en soit pas compromise.

La conception aurait-elle une influence sur le développement de la tumeur, l'activerait-elle, la retarderait-elle? D'après le cas de Gremler (obs. 8), elle paraîtrait l'activer; c'est plutôt là une hypothèse qu'un fait justifié; pourtant le cas de Greene (obs. 31) dans lequel la tumeur, développée chez une fille, n'avait au bout de 14 ans d'existence que la grosseur d'une tête de fœtus, semblerait indiquer que les tumeurs augmentent plus promptement de volume pendant la grossesse que pendant l'inertie et la vacuité de l'utérus. L'état de plénitude ou de vacuité de l'utérus imprime-t-il un cachet particulier à la tumeur? Change-t-elle d'aspect? Cela paraîtrait se produire. Mac Clintock (obs. 21) a observé chez une femme enceinte et au dernier mois de sa grossesse

une tumeur ramollie, en partie noirâtre, et donnant lieu par le vagin à un écoulement sanguinolent et fétide. Ce n'est pourtant pas là une règle, et bien des fois, pendant la grossesse, la tumeur n'a pas présenté des caractères autres que pendant l'état de vacuité de l'utérus.

Elles ne paraissent pas modifier l'époque de l'accouchement et, dans les cas cités, l'expulsion du fœtus s'est faite au terme voulu. Mais, si la date de la parturition n'est pas modifiée, il n'en est pas de même de l'opération elle-même à laquelle elles apportent un obstacle d'autant plus difficile à surmonter et à franchir que la tumeur est *plus volumineuse*, qu'elle est *toute contenue dans le vagin*, qu'elle est *dépourvue d'un pédicule long et mince et qu'elle adhère aux parois vaginales par une surface plus grande*. Le canal vaginal peut être totalement obstrué et, si la tumeur est toute contenue dans le vagin, sa forme se prête à cette obstruction.

Dans certaines circonstances, bien que la grossesse arrive à terme, l'existence du fœtus paraîtrait compromise, et, à moins de coïncidences qui n'auraient pas été mentionnées dans les observations citées, les cas de Van Dœveren (obs. 3), de Pillore (obs. 12), Porro (obs. 38), dans lesquels le fœtus était mort et même macéré, tendraient à l'établir. Néanmoins comme nous avons des observations en plus grand nombre tendant à prouver que l'accouchement peut être normal et le fœtus être expulsé en bonne santé, nous ne pouvons pas dire d'une façon absolue que les tumeurs aient été la seule cause de la mort. L'accouchement a-t-il une influence sur la tumeur? Cela ne peut être mis en doute, du moins dans des cas particuliers; mais ici ce seraient des causes purement mécaniques que nous devrions incriminer, notamment la compression du pédicule contre les parois du bassin pendant l'accouchement, surtout lorsque celui-ci est long et laborieux. La circulation de la tumeur est compromise ; le néoplasme

tend à se gangrener et à introduire des principes septiques dans l'organisme, ce qui en rend l'extirpation urgente. Tel est le cas cité par Porro (obs. 38). Bien que le cas cité par Pillore (obs. 12) ne soit pas bien clair, il est à supposer que la mort de la malade fût causée par l'intoxication, suite de la gangrène sur place de la tumeur entière. Le pédicule avait subi une pression énergique entre le pubis et la tête du fœtus; sa circulation était compromise; la tumeur remise en place se gangrenait.

## FAITS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen microscopique des tumeurs que nous étudions est loin d'être toujours le même; on trouve des formes pures; mais il arrive assez souvent que (outre les enchevêtrements des fibres musculaires lisses avec les fibres connectives), d'autres particularités s'y rencontrent.

M. Tédenat a trouvé un commencement de dégénérescence graisseuse, des incrustations calcaires, des îlots se rapprochant assez du tissu sarcomateux et même myxomateux, une transformation kystique. Nous citons ces observations dans lesquelles se retrouvent les particularités remarquées jusqu'ici.

Quant aux formes pures, elles ne présentent rien de particulier; les micrographes ont suffisamment décrit les fibromes et les myomes en général.

### Note N° I.

(Communiquée par M. Tédenat.)

Une femme de 30 ans a une tumeur du volume d'une mandarine fixée à la partie moyenne de la face antérieure du vagin par un pédicule très court ayant l'épaisseur du pouce. La malade s'en est aperçue il y a trois ans. La tumeur avait alors les dimensions d'une noix; jamais de douleurs; miction fréquente; leucorrhée. Le professeur Valette en fit l'ablation au moyen de l'écraseur linéaire; pas d'hémorrhagie; guérison rapide.

La tumeur est recouverte par la muqueuse vaginale non modifiée. Sur une coupe médiane faite dans l'axe du pédi-

cule, elle se montre composée de plusieurs nodules formés de fibres rouges ondulées. Le tissu est plus lâche dans les espaces inter-nodulaires où, à la loupe, on voit facilement des sinus veineux. Dans le pédicule quelques vaisseaux situés immédiatement au-dessous du revêtement muqueux.

L'examen microscopique montre les nodules composés uniquement de fibres musculaires à leur partie centrale ; à la périphérie s'y joignent des fibres connectives et des corps fusiformes. Entre les nodules, les éléments connectifs prédominent et autour des vaisseaux forment des gaînes lâches constituées par des faisceaux ondulés entre lesquels existent des cellules arrondies et allongées. Les fibres musculaires lisses sont très volumineuses et quelques-unes présentent une striation très nette et comparable à celle des fibres utérines vers la fin de la grossesse.

## Note II.

(Même provenance)

Cadavre d'une femme de 40 ans environ. Tumeur ovoïde située dans l'épaisseur de la paroi antérieure du vagin à grand axe antéro-postérieur, long de 8 centimètres. Le bassin est plongé dans l'eau à 60° et une injection de gélatine carminée est poussée simultanément dans les deux artères hypogastriques. Après le refroidissement, la vessie, le vagin et l'utérus sont enlevés en bloc. Section longitudinale des parois latérales du vagin dont les vaisseaux ont été bien pénétrés par l'injection. Coupe antéro-postérieure sur le milieu de la tumeur et suivant son grand axe. Le néoplasme s'est développé dans l'épaisseur de la paroi vaginale ; ses limites sont peu précises, son tissu ne se différenciant pas nettement de celui de la musculeuse du vagin. La surface

de section a un aspect uniforme sans lobulation appréciable. On y observe quelques vaisseaux remplis de gélatine. A l'examen microscopique, on observe *dans les parties centrales* peu de fibres musculaires lisses et un grand nombre d'éléments connectifs. Ceux-ci forment des travées de fibres entre lesquelles existent des îlots d'éléments fuso et globo-cellulaires En certains points, l'aspect est celui d'un sarcome type. A la périphérie, les fibres musculaires lisses prédominent sur le tissu connectif. Cette tumeur n'a pas de limites précises ; son extirpation eût été très difficile. Elle offre une grande ressemblance avec les fibro-myomes diffus de l'utérus.

### Not. III.

(Même provenance)

Femme de 38 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé. Menstruation très régulière ; trois accouchements heureux (22 ans, 26 ans, 31 ans). Depuis trois ans, leucorrhée peu abondante, sans douleurs ; son mari a attiré, il y a un an environ, son attention sur une tumeur occupant la paroi postérieure du vagin.

Rien à noter du côté de la vulve ou de l'utérus. A la partie moyenne de la paroi postérieure du vagin, trois tumeurs contiguës de consistance ferme, sessiles et recouvertes par la muqueuse saine et mobile sur elles ; elles ont le volume d'une noix.

M. Tédenat, aidé par MM. Balestrié et Maquet, pratique l'extirpation le 15 mai 1882. Malade dans la position de la taille ; muqueuse incisée tranversalement au niveau des tumeurs d'un côté à l'autre du vagin ; dissection sur une hauteur de deux centimètres environ avec les ciseaux. Tumeurs saisies l'une après l'autre avec des pinces à griffes et

facilement disséquées avec des ciseaux, grâce à une enveloppe fibro-celluleuse lâche qui permet leur isolement. Hémorrhagie en nappe légère, arrêtée par des injections froides. Tampon de gaze enduit de pommade à l'iodoforme. — 16 mai, pas de douleurs. Tampon enlevé, injection borique; la plaie a bon aspect, nouveau tampon.

24 mai, le même traitement a été continué et la cicatrisation est complète.

La tumeur située à droite a le volume d'une grosse noix; sa surface extérieure est recouverte d'un feuillet celluleux qu'on retrouve aussi sur les deux autres et qui a facilité l'extirpation, bien qu'il ne fût pas complet sur tout le pourtour des tumeurs et que, en plus d'un point, les ciseaux aient dû entamer le tissu sain; les deux autres tumeurs ont un volume un peu moindre, les trois autres tumeurs sont indépendantes l'une de l'autre et se composent de nombreuses fibres musculaires lisses, à noyau allongé et de fibres connectives qui, après action de l'acide acétique, laissent des espaces clairs; le tissu musculaire domine. La tumeur de droite a subi à son centre la transformation graisseuse, et se compose d'une coque fibro-myomateuse dont l'épaisseur varie selon les points de 4 à 9 millimètres, contenant une masse ayant la consistance du mastic de vitrier, jaune foncé en certains points, verdâtre en d'autres, dans laquelle on trouve des cristaux de cholestérine et du pigment sanguin.

### Not. IV.

(Même provenance)

Femme de 36 ans, de bonne constitution, bien réglée, n'ayant jamais eu de grossesse. Depuis deux ans, elle se plaint de besoins fréquents d'uriner et de pesanteur avec sensation de corps étrangers dans le vagin. Le Dr Meyer constate à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du méat

urinaire une tumeur du volume d'une mandarine supportée par un pédicule long de un centimètre environ, ayant l'épaisseur du pouce. Il en propose l'ablation. Le 3 janvier 1880, le pédicule est lié avec un gros fil de soie, ce qui est facile, malgré un certain degré de cystocèle. Section avec les ciseaux au-dessous de la ligature fortement serrée ; la guérison était complète au bout d'une dizaine de jours. La tumeur examinée par M. Tédenat, qui avait assisté le Dr Meyer, était un fibro-myome très riche en tissu connectif ; les fibres lisses étaient peu nombreuses. La coupe de la tumeur était remarquable par la présence de nodules formés de fibres ondulées et stratifiées. Quelques vaisseaux à parois épaisses visibles seulement avec le microscope.

### Not. V.

(Même provenance).

Tumeur du volume d'une noix, sessile, un peu mobile sous la muqueuse, siégeant à la partie supérieure de la paroi antérieure du vagin. Le cadavre est celui d'une femme de 41 ans. Après incision de la muqueuse, la tumeur fut facile à énucléer. La tumeur est dure ; la coupe est composée de petits lobules grisâtres ; stroma composé de fibres connectives avec quelques fibres musculaires lisses. Çà et là nodules calcifiés.

## SYMPTOMES.

Les tumeurs du vagin peuvent être indolentes ou très douloureuses. Dans le premier cas elles peuvent rester longtemps inaperçues; les malades n'en sont nullement incommodées. Leur existence a été parfois ignorée jusqu'au moment où une circonstance imprévue, un accouchement ou tout autre évènement est venu attirer l'attention de ce côté. A moins de donner naissance à des phénomènes douloureux, d'être, par leur position, assez rapprochée de la vulve, accessibles aux moindres investigations ou de presser sur l'urèthre et empêcher son fonctionnement, elles avaient au moins le volume d'une noisette quand la malade s'est aperçue de leur existence. Dans le cas cité par Mac Clintock (obs 20), la tumeur avait déjà une grosseur supérieure à celle d'un œuf de poule, lorsque, par hasard, pendant que la malade courait, elle sortit brusquement du vagin, faisant éprouver la sensation d'un corps qui, se détachant de l'intérieur du vagin, aurait été projeté à l'extérieur tout en restant fixé dans sa position première.

Dans le cas cité par Beigel (obs 35), la gêne apportée au coït appela l'attention sur une tumeur qui avait déjà le volume d'une grosse pomme et qui n'avait trahi sa présence par d'autres phénomènes que par un écoulement menstruel plus abondant que de coutume.

Elle est au contraire quelquefois excessivement sensible et le moindre contact, la moindre pression, font éprouver aux malades des douleurs très fortes. M. Tédenat a observé une tumeur irritable du volume d'une noix rendant le coït très

douloureux, la moindre pression avec le doigt sur la tumeur amenait des cris et des attaques nerveuses; les tumeurs irritables n'existent pas au reste seulement dans le vagin.

Les premiers symptômes éprouvés par les malades sont une espèce de gêne, de pesanteur, de tiraillement dans le bassin ou dans le périnée. Lorsque les tumeurs ont acquis un certain volume, elles peuvent presser sur le rectum, sur la vessie, sur l'urèthre et amener des désordres de ces côtés. La défécation peut être très pénible ; la miction peut même devenir impossible et exiger les secours de l'art.

Traetzl (obs. 24) cite le cas d'une enfant de 15 mois qui ne pouvait uriner; Greene (obs. 31) celui d'une fille qui, porteuse d'une tumeur du vagin, était obligée de recourir journellement à la sonde dont elle se servit pendant 14 ans.

Les rapprochements sexuels peuvent devenir très pénibles à cause des phénomènes douloureux qu'ils peuvent engendrer ou bien à cause du volume de la tumeur, lorsqu'il ne dépasse pas certaines limites. Lorsqu'elle a acquis un volume excessif, ils deviennent absolument impossibles. Ce n'est pas à ces phénomènes seuls que se borne d'habitude la symptomatologie de ces tumeurs; elles jouent souvent dans le vagin le rôle de corps étrangers; elles irritent la muqueuse vaginale et donnent lieu à une vaginite plus ou moins intense; elles déterminent de la leucorrhée et même, dans certains cas, donnent naissance à un écoulement séro-purulent, séro-sanguinolent, voire même à des hémorrhagies. Ces hémorrhagies ne paraissent pourtant pas provenir des parois vaginales elles-mêmes; elles sont dues à la tumeur qui est très vasculaire et souvent exulcérée par places. Elles peuvent être assez sérieuses pour compromettre l'existence de la malade. Lorsque la tumeur a acquis un certain volume, elle exerce des phénomènes de compression encore plus intenses que ceux que nous avons décrits; elle peut entraver la circulation veineuse et produire un œdème soit limité aux

lèvres, soit même plus étendu et comprenant les extrémités inférieures. Ces phènomènes s'exagèrent pendant les fatigues, les efforts, la station debout longtemps prolongée et paraissent s'amender pendant le repos. Ils paraissent aussi subir une certaine exacerbation à chaque époque menstruelle. Si la malade vient à tousser ou à faire un effort, elle a le plus souvent le sentiment d'une masse qui tendrait à franchir la vulve. La tumeur est-elle déjà visible à l'extérieur, l'œil peut constater et le doigt peut, dans les mêmes circonstances, percevoir des mouvements de propulsion.

## DIAGNOSTIC.

C'est à l'examen direct qu'il appartient de nous fixer. Le toucher nous éclaire sur la forme, la consistance, la grosseur, la position, l'état plus ou moins lisse ou rugueux, le point d'implantation, l'existence ou la non existence du pédicule, les rapports avec les organes voisins. La vue directe vous éclaire sur l'aspect extérieur, la coloration, l'état de la muqueuse enveloppante.

La tumeur se présente avec des formes différentes; mais pourtant la forme globuleuse semble être le type prédominant. Le doigt introduit dans le vagin peut, lorsque la tumeur est assez petite pour ne pas obstruer complètement ce canal, parcourir cette tumeur dans tous les sens, la contourner, s'assurer si elle est sessile ou pédiculée; il a la sensation d'un corps plus ou moins résistant qui s'oppose à son passage. La tumeur est tantôt plus ou moins dure, tantôt molle, tantôt élastique. Elle peut présenter des sinuosités plus ou moins grandes en divers points, des bosselures, des inégalités dans d'autres; on sent quelquefois la muqueuse déchirée, déchiquetée. Souvent la consistance n'est pas uniforme, il peut y avoir des parties dures et des parties molles, selon les points que l'on explore. Elle peut donner la sensation d'un corps mou, d'une partie œdématiée recouvrant un corps dur. Dans certains cas, une telle quantité de liquide est interposée entre les tractus fibreux, que la fluctuation semble être perçue. La tumeur peut être mobile ou immobile. La muqueuse qui la recouvre peut être fortement adhérente; elle peut glisser sur la tumeur.

La situation intra ou extra-vaginale de la tumeur paraît avoir quelque influence sur sa coloration. Lorsqu'elle est à l'intérieur du vagin, la pression exercée sur le pédicule (en supposant qu'il existe et soit assez développé), ou sur une partie de la tumeur par le poids de la tumeur et par les contractions de l'anneau vulvaire, cette pression peut se traduire par des phénomènes congestifs plus ou moins intenses.

La tumeur apparaît d'ordinaire alors avec des couleurs variées, mais le plus souvent avec un aspect rouge, rouge-bleuâtre, rouge-noirâtre. Cette coloration n'est pas toujours uniforme, on voit parfois des ilots plus vasculaires que d'autres et par cela même plus colorés. Il est d'ordinaire facile d'apercevoir à travers la muqueuse les réseaux vasculaires qui sillonnent la tumeur et qui sont d'autant plus turgescents que la malade s'est livrée à des efforts plus violents et a gardé plus longtemps la position verticale.

Dans le vagin, les tumeurs ont une coloration bien moins accentuée et qui peut être, à peu de chose près, la même que celle des parois du vagin; mais si elles existent depuis un certain temps, elles ont d'ordinaire fortement irrité la muqueuse vaginale dans tous les points de contact et donné naissance à des écoulements plus ou moins fétides dont l'odeur repoussante attire l'attention. Jakobs (obs. 29) parle d'une tumeur mal colorée, puante, de forme irrégulière, sortant un peu du vagin. L'aspect peut être varié. Gremler (obs. 8) cite le cas d'une tumeur recouverte par une muqueuse d'apparence normale, mais qui semblait bordée par une masse plus ou moins lardacée.

Tous les états dont nous venons de parler se sont retrouvés dans les observations citées jusqu'à ce jour. A notre avis pourtant, les tumeurs intra-vaginales présentent une coloration rouge différent de la rougeur des parois vaginales;

elles sont indolores, le plus souvent elles sont bosselées; leur début est passé inaperçu; elles se sont développées pendant la période d'activité des organes sexuels; elles ne sont à redouter qu'à cause des hémorrhagies auxquelles elles donnent lieu quand elles sont ulcérées, des flux vaginaux qu'elles entraînent et dont l'établissement peut fortement affaiblir la malade. Les phénomènes de compression, phénomènes purement mécaniques, cessent lorsque la tumeur est attirée à l'extérieur.

Le toucher rectal peut quelquefois être très utile, et surtout lorsque la tumeur a pris naissance soit dans la paroi postérieure du vagin, soit dans le tissu cellulaire situé entre le rectum et le vagin, il peut éclairer sérieusement le diagnostic. Lorsque la tumeur vient de la paroi vaginale antérieure ou du tissu cellulaire entre la vessie et le vagin, le cathétérisme peut être d'un grand secours, surtout lorsqu'il est combiné avec le toucher vaginal; il permet alors d'affirmer que la tumeur n'est pas une cystocèle, que la vessie ne peut pas être lésée pendant l'opération. Lorsque la vessie se trouve attirée par le pédicule de la tumeur on peut préciser jusqu'où elle va. Il est bon aussi d'être fixé sur la position de l'utérus et de se rendre compte d'une façon certaine si la tumeur ne provient pas de la matrice. Un fibrome, un myome ou un fibro-myome peuvent être confondus avec bien peu de tumeurs, l'erreur qui peut être commise est celle du diagnostic avec les kystes. Nous empruntons à Eustache (1) la description de ces derniers.

«La tumeur formée par les kystes du vagin est irrégulière, indolente, molle et fluctuante. D'ordinaire elle est sessile, c'est-à-dire qu'elle ne forme qu'une saillie hémisphérique dans la cavité du vagin; d'autres fois elle est en partie déta-

(1) *Archives de tocologie 1882.*

chée de la paroi sur laquelle elle repose et présente un pédicule plus ou moins complet. Dans ce cas, il est facile de la saisir entre les deux doigts et de s'assurer de la présence d'un liquide à l'intérieur par le refoulement périphérique que produit la pression.

» La tumeur est-elle sessile, la fluctuation est moins facile à percevoir à cause du défaut de résistance des parois molles, c'est ce qui arrive surtout pour les kystes développés dans la cloison recto-vaginale.

» Le doigt qui la déprime sent le liquide fuir devant lui ; et, si l'on peut appliquer un second doigt en ce moment, il devient assez aisé de sentir le flot. M. Huguier dit que le doigt qui presse sur la tumeur, après avoir fait fuir le liquide devant lui, rencontre une ouverture circulaire formée aux dépens de la tunique propre du vagin, ouverture qu'il prendrait pour celle d'une hernie si, en continuant sa marche à travers elle, il ne rencontrait bientôt la paroi opposée au fond du kyste qui lui présente une résistance élastique, régulière et une surface concave.

» Cette tumeur est recouverte par la muqueuse vaginale qui présente son épaisseur et son aspect normaux.

» Quand elle siège dans la cloison recto-vaginale, pendant que l'indicateur d'une main est introduit dans le rectum, si l'on fait exécuter des mouvements au kyste, le doigt distingue nettement que le déplacement a lieu au-devant des tuniques du rectum qui forment un plan résistant.

» Les kystes du vagin siègent de préférence en avant sur les points correspondants au canal de l'urèthre ou à la face inférieure de la vessie; il n'est pas rare toutefois de les rencontrer sur la paroi postérieure. D'ordinaire, ils occupent la partie moyenne de l'organe à une distance de 4 à 5 centimètres en arrière de la vulve.

» On en rencontre au niveau des culs de sac supérieurs du

vagin qui siégeaient par conséquent entre les parois de cet organe et le péritoine.»

Au reste, nous n'avons pas d'exemple de kyste ayant atteint la grosseur des tumeurs volumineuses que nous avons citées. On peut ne pas reconnaître le point d'implantation et prendre pour tumeurs du vagin des tumeurs qui viennent de l'utérus : cela peut avoir lieu lorsque l'exploration est empêchée par le volume de la tumeur. On peut aussi confondre ces néoplasmes avec uu prolapsus utérin, cela d'autant plus facilement, que la première idée de la malade est pour ce prolapsus et qu'elle peut quelquefois vous induire en erreur. L'examen scrupuleux de la tumeur, la présence d'un orifice, son refoulement dans le vagin, l'introduction d'un spéculum plein lèveront bientôt tous les doutes. Les épithéliomas et les cancers revêtent des caractères particuliers et ont des retentissements sur l'organisme en entier. Ils se présentent avec l'aspect d'une tumeur fissurée, bosselée, marchant rapidement à l'ulcération ; ils donnent lieu à un écoulement fétide, caractéristique ; les ganglions lombaires et ceux du ligament large sont engorgés, ces tumeurs sont très douloureuses. Les sarcomes ont été observés très rarement et les cas observés ne sont-ils peut-être pas très certains. Le microscope au reste ne tarde pas à éclairer le diagnostic.

En somme, une tumeur plus ou moins dure, sans fluctuation bien manifeste, pédiculée, indolore, plus ou moins volumineuse, couverte de vaisseaux nombreux plus ou moins turgescents est un fibrome, un fibro-myome ou un myome : c'est à l'examen microscopique qu'il appartient de nous fixer sur la nature intime du néoplasme. L'erreur de diagnostic avec un kyste est sans importance, puisqu'il s'agit d'opérer

dans l'un et l'autre cas, et le procédé opératoire peut être à peu près le même. Nous relatons une observation (obs. 54) où la confusion a été faite par des praticiens très sérieux, mais cela sans inconvénient pour la malade.

## PRONOSTIC.

Le pronostic de ces tumeurs vaginales est généralement bon ; l'extirpation n'offre pas d'ordinaire d'autres dangers que celui des hémorrhagies consécutives à l'opération. Ces hémorrhagies, il est vrai, peuvent être très sérieuses, mais, dans tous les cas cités, elles ont pu être arrêtées, soit au moyen de la pression, de la ligature, de la torsion des vaisseaux, alors que ces vaisseaux étaient apparents et volumineux, soit par le tamponnement simple du vagin, soit par le tamponnement avec application de perchlorure de fer. Elles ne récidivent pas.

Deux cas cités semblent pourtant vouloir prouver le contraire : ce sont les cas de Neugebauer (obs. 40) et de Jakobs (obs. 29). Dans le premier, la tumeur n'avait pas été enlevée en entier ; dans le second, il existait sans doute une deuxième tumeur restée inaperçue lors de l'ablation de la première et qui, n'étant plus gênée alors, s'accrut promptement et vint apparaître à la vulve.

Tous les cas qui ont été opérés ont guéri très vite et radicalement, lorsque des complications ne sont pas survenues.

Le pronostic paraîtrait aggravé quand la malade est porteuse d'une grosse tumeur et est sur le point d'accoucher, ou même lorsqu'elle est en travail ; car alors l'état de puerpéralité peut s'opposer au succès de l'opération et, d'un autre côté, la tumeur peut s'opposer d'une façon plus ou moins complète à la sortie du fœtus. Dans ces conditions nous trouvons relatés deux cas de mort, ceux de Pillore (obs. 12) et de Virchow (obs. 14). Quant à celui où Pillore

tenta l'opération césarienne (obs. 13), il est probable qu'il entraîna aussi la mort de la patiente ; dans d'autres cas, la femme est enceinte ; la tumeur est enlevée bien avant l'accouchement ; l'accouchement se fait normalement ; la mère et l'enfant se portent bien.

L'enfant vient souvent dans d'assez bonnes conditions ; pourtant nous avons trois cas, ceux de Van Dœveren (obs. 3), Pillore (obs. 12) et Porro (obs. 38), dans lesquels l'enfant était mort déjà avant d'être expulsé.

La tumeur abandonnée à elle-même tend à augmenter de plus en plus ; elle peut produire des accidents qui mettent en danger la vie de la malade. Il ne faut pas trop compter sur son expulsion spontanée. Bien que des faits de ce genre aient été observés, il convient de ne pas attendre qu'ils se produisent, car on serait souvent déçu. Baudier (obs. 10) cite bien le cas d'une tumeur de 10 livres et demie expulsée par la malade après trois jours de fortes douleurs. Hœning (obs. 28) celui d'une portion de la tumeur expulsée ; un cas se trouve aussi dans le *El siglo medico* (1), cité par Contrejarena. Ce ne sont là que des cas exceptionnels.

(1) *El siglo medico.* — Madrid n° 1, p. 228.

## TRAITEMENT.

Le traitement des tumeurs qui nous occupent n'est pas douteux: il faut les enlever. Différents moyens se présentent à nous et différents procédés ont été employés; nous allons en énumérer quelques-uns.

*Torsion et arrachement.*— C'est assurément un procédé qui peut rendre des services dans des cas donnés, notamment quand la tumeur tient par un pédicule très mince et en rapport seulement avec les tuniques du vagin. Il a le privilège de fournir une hémostase suffisante, mais il ne peut guère être employé que dans des cas bien particuliers, et encore dans ces cas faut-il auparavant s'être livré à un examen très méticuleux; car, comme dans le cas de Kleinwœchter (obs. 53), les parois vésicales peuvent avoir été entraînées par le pédicule et semblent faire partie de ce pédicule. La torsion ne les épargne pas, et la tumeur une fois enlevée, on se trouve en présence d'une lésion plus sérieuse, une perte de substance de la vessie, lorsque la vessie se trouve prise, de l'urèthre, lorsqu'il est intéressé, et du rectum, lorsque comme dans le cas cité par Lisfranc (obs. 9), il est possible par le toucher rectal d'introduire le doigt dans un cul de sac en forme de doigt de gant, qui arrive très près du point d'implantation du pédicule sur la tumeur.

*La ligature simple du pédicule* a été employée dans bien des cas; mais ce procédé paraîtrait un peu lent; la tumeur aurait le temps de se modifier, et pourrait même dans cer-

taines circonstances introduire dans l'organisme des principes septiques.

*La section du pédicule immédiatement après la ligature et la section du pédicule quelques jours après sa ligature* ont été pratiquées.

La ligature n'est guère applicable que dans les cas où la tumeur est bien pédiculée; dans ceux au contraire où elle est fixée par une large base, on est obligé de faire plusieurs ligatures, ce qui est long, incommode et ne produit pas toujours des résultats merveilleux.

*L'ablation avec le bistouri ou les ciseaux* est assurément l'opération la plus simple, la plus commode, la plus expéditive; mais les résultats n'ont pas toujours été brillants, et des hémorrhagies redoutables se sont souvent produites. Etant donné la disposition des vaisseaux dans ces tumeurs, il est facile de se rendre compte de ces hémorrhagies. La section par instruments tranchants laisse ces vaisseaux béants. Hœnning fut obligé d'employer le cautère actuel et même de faire des ligatures. Scanzoni et Beigel durent même recourir au tamponnement et à l'emploi du perchlorure de fer. De plus, cette opération paraîtrait prédisposer à la pyoémie. Wiglesworth (obs. 36) rapporte un cas dans lequel ce fait se produisit. *L'anse galvanique* a été employée aussi avec succès par Barnes (obs. 19) et Neugebauer (obs. 40). *L'écraseur* par Neugebauer (obs. 40), Jakobs (obs. 29), Mac. Clintock (obs. 21), l'écraseur précédé de deux ligatures par Cross (obs. 44). Ces procédés ont le grave inconvénient d'exposer à des hémorrhagies et de plus, chose très grave, d'agir aveuglément sur toutes les parties qui sont soumises à leur action, sans discerner celles qu'il faut couper de celles qu'il faut respecter. Les hémorrhagies peuvent être si fortes qu'elles nécessitent l'emploi des hémostatiques les plus énergiques. Jakobs et Neugebauer recourent d'abord au cautère actuel ;

voyant ce moyen insuffisant, ils lièrent les vaisseaux qui donnaient, et pour l'hémorrhagie en nappe, ils employèrent les styptiques et la compression.

Au reste, ces moyens ne peuvent guère être mis en usage que sur des tumeurs bien pédiculées et à pédicule assez mince. Dans les cas où l'implantation a lieu par exemple sur tout une paroi du vagin, ils devienent très difficiles à employer et même, dans ces cas, doivent être absolument rejetés, car ils peuvent alors exposer à ne saisir qu'une partie de la tumeur et nécessiter une deuxième opération, comme cela arriva à Neugebauer. Jusqu'ici la méthode la plus employée a été *l'énucléation de la tumeur* après la section de la muqueuse. Nous trouvons cette méthode préconisée et appliquée par Pelletan, Dupuytren, Demarquay Simpson, Porro, Hildebrand, Dahlmann, Rochelt, Kleinwâchter, Dubrueil. Cette méthode a le grand avantage de permettre de voir, de toucher, de diriger son instrument, de lui permettre d'atteindre telles parties et de respecter telles autres.

Ainsi, par exemple, dans les cas où la vessie, l'urèthre ou le rectum se trouvent pris dans le pédicule, elle permet de les dégager sans les blesser. La plaie est généralement beaucoup plus belle, plus régulière, et, si les hémorrhagies viennent à se produire, on voit d'où elles partent. Si on a la précaution de passer au préalable soit une ligature, soit un tube en caoutchouc autour du pédicule de la tumeur, on peut pendant l'opération arrêter l'écoulement de sang quand on le juge convenable; il suffit de serrer plus ou moins fortement l'appareil. Il est possible, par ce procédé, d'obtenir une réunion par première intention; pourtant Dupuytren (obs. 7), Simpson (obs. 41) et Dahlman (obs. 48), ne purent l'obtenir.

Le thermo-cautère pourrait sans doute rendre quelques services dans certains cas; quel que soit le procédé employé, les hémorrhagies sont toujours à redouter et il faut n'agir

qu'avec beaucoup de précautions, en s'entourant de toutes les garanties nécessaires et ayant sous les mains les moyens propres à combattre cette complication.

L'état de grossesse qui est généralement une contre-indication à bien des opérations, ne paraîtrait pas aggraver le résultat de celles qui s'adressent à ces tumeurs. D'après les cas cités, ces opérations n'auraient pas une influence fâcheuse sur la grossesse et ne seraient pas aggravées par elle, puisque nous trouvons des observations dans lesquelles la femme est opérée et accouche d'un enfant bien portant. Il serait pourtant bon de les pratiquer à une époque assez éloignée du terme de la grossesse, pour permettre à l'organisme de se refaire des pertes qu'il a éprouvées pendant le traumatisme opératoire ou à sa suite.

La tumeur, avons-nous dit, peut n'être remarquée qu'au moment de l'accouchement, ou bien si elle a été remarquée par la malade, le médecin n'en a pas été averti; la femme est en travail; la conduite à tenir ne paraît pas douteuse, il faut délivrer la femme le plus tôt possible. Ici plusieurs cas peuvent se présenter: 1° la tumeur existe mais n'est pas assez volumineuse pour empêcher le passage du fœtus; 2° la tumeur est volumineuse, mais elle est pédiculée, mobile et peut être attirée au dehors ne restant fixée que par son pédicule; 3° elle est volumineuse, immobile, non pédiculée, mais permet néanmoins à des instruments d'un calibre moindre que la tête du fœtus d'atteindre l'utérus; 4° elle est immobile, non pédiculée et s'oppose à toute introduction.

Dans le 1$^{er}$ cas, il n'y a qu'à ne pas tenir compte de sa présence, il suffit de la comprimer contre une des parois du bassin afin de favoriser la sortie du fœtus.

Dans le 2$^{e}$ cas, lorsqu'elle est pédiculée, que le pédicule est long, mince, il suffit de la saisir, de l'attirer en dehors et de l'y maintenir pendant tout le temps de l'accouchement.

Dans le 3e cas, le temps presse, il faut se décider, on ne veut pas tenter d'opération sur la mère, il faut sacrifier l'enfant.

Dans le 4e cas, il faut morceler la tumeur ou pratiquer l'opération césarienne. Il est à supposer que tel était le cas pour lequel Pillore se décida à cette grave opération.

Lorsque l'accouchement a été possible, on remettra à plus tard l'ablation de la tumeur, à moins qu'il n'y ait urgence, la tumeur commençant à ce gangrener.

Il arrive assez souvent qu'à la suite de l'opération la malade est atteinte de dysurie, d'anurie ou d'incontinence d'urine. Tous ces accidents sont dus aux pressions ou aux frottements qu'ont supportés pendant les manœuvres l'urèthre ou la vessie.

Il ne faut pas trop s'en inquiéter, car ils s'amendent bientôt d'eux-mêmes.

## CONCLUSIONS.

Les fibromes, les myomes et les fibro-myomes du vagin peuvent être groupés au point de vue clinique.

Ils se développent surtout entre 30 et 40 ans et affectent une préférence pour la paroi antérieure du vagin.

Ils ne gênent le plus souvent la malade que par leur volume.

On peut les confondre avec les kystes ; l'erreur est sans inconvénient.

L'énucléation est la meilleure opération qu'on puisse leur appliquer.

## OBSERVATIONS.

—

### Obs. 1 (1)

L'accoucheur Hollandais Jakob Denys se souvient d'un accouchement compliqué d'un polype du vagin.

### Obs. 2 (2)

Soumain comme Simon put observer un accouchement compliqué d'une tumeur vaginale qui ressemblait à un stéatome.

### Obs. 3 (3)

Une femme primipare de 30 ans est en travail depuis 24 heures ; les eaux se sont écoulées, une hémorrhagie s'est produite et persiste. Une tumeur de la grosseur de la tête d'un nouveau-né, ronde, charnue, recouverte d'une muqueuse lisse, sanglante, noire par place, est sillonnée de veines gouflées et remplit le vagin. Le pédicule s'insère à la paroi antérieure du vagin. Walter van Doveren attire la tumeur à l'extérieur, tord le pédicule, enlève la tumeur qui pèse une demi-livre. L'accouchement se fait bien. L'enfant était mort et fortement macéré. L'hémorrhagie cesse. Les lochies sont fétides; la malade a de la dysurie, des crampes dans la vessie et de la diarrhée ; elle guérit.

(1) Jakob Denys, *Te Leyden*, 1733.

(2) Simon, Recherches sur l'opération césarienne. Mém. acad. chirurgie, Paris, vol. 1-2, p. 336 (1743).

(3) Gualtherius van Dœveren, *Specimen observationum academicarum ad monstrorum*.....Groningal et Lugduni Batav., 1765, cap. IX, p. 139-149.

Obs. 4 (1)

Une femme de 32 ans mère de quatre enfants a une tumeur ronde de six centimètres de diamètre qui a pris naissance entre le vagin et la vessie. Miction et défécation pénibles. Utérus dévié à gauche et en haut. La tumeur a différentes colorations. Enucléation. Hémorrhagie arrêtée par le tamponnement qui favorise la réunion des lèvres de la plaie. La tumeur pèse trois onces.

Obs. 5 (2)

Une femme de 24 à 26 ans est en travail ; l'accouchement est gêné par une tumeur, on repousse cette tumeur sur le côté droit du vagin ; l'accouchement peut se faire. Huit mois plus tard, la miction et la défécation sont pénibles. La tumeur vient du côté droit du bassin.

Pelletan la prend pour un kyste, l'incise, et puis reconnaissant son erreur, énuclée la tumeur. Tamponnement du vagin. La tumeur est un fibrome œdémateux.

Obs. 6 (3)

A un accouchement laborieux, un polype qui gêne l'expulsion du fœtus, est arraché de la partie supérieure du vagin avec le forceps employé pour le fœtus.

Obs. 7 (4)

Une femme de 40 ans a une tumeur du vagin de la grosseur d'un poing d'homme, recouverte d'une muqueuse sèche ; on constate au

(1) Pelletan, Clinique chirurg. ou Mém. et observ. de chirurgie, etc., Paris 1810, t. I, p. 224-228.

(2) Pelletan, *loc. cit.*, p. 234, 237.

(3) Gensoul, Compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Lyon, 1831.

(4) Dupuytren, *La Lancette française*, Paris 10me année, N° 45, p. 179, 1837.

dessous de la tumeur un orifice rougeâtre d'où coule un liquide séro-sanguinolent. On croit d'abord à un prolapsus utérin. Dupuytren reconnaît son erreur, coupe le pédicule, énuclée la tumeur et a une hémorrhagie qu'il arrête par le tamponnement. Guérison.

Obs. 8 (1)

Une femme enceinte est porteuse d'une tumeur du vagin du poids de 5 kil. 10 livres 75 grammes qui pend et a la forme d'une grosse bouteille. La tumeur est pédiculée, d'un aspect lardacé par places. Grember l'enlève ; l'accouchement est heureux, l'enfant bien portant ; pas de récidive.

Obs. 9 (2) .

A deux centimètres au-dessus de la vulve est un polype du vagin de la grosseur d'un œuf de poule qui sort et entre facilement. Le toucher rectal permet de découvrir à la base de la tumeur une dépression en doigt de gant dans laquelle on peut introduire le doigt et qui finit très près de la masse de la tumeur. Lisfranc attire la tumeur hors du vagin, introduit son doigt dans la dépression et sectionne entre ce doigt et la tumeur.

Obs. 10 (3)

Une femme a un gros ventre, elle n'est plus réglée depuis 8 mois, elle a pourtant quelquefois, à époques irrégulières, des écoulements sanguins ; le ventre enfle toujours ; on la croit enceinte. Enfin, elle ressent de fortes douleurs et expulse une tumeur du poids de 10 livres et demie.

(1) Gremler, *Medicinische Zeitung herausgegeben von Verein für Heilkunde in Preussen*, Berlin, Bd. XII, 1843, N° 33.

(2) Lisfranc, *On thumors of the uterus and its appendages by Thomas, Staffort Lee*, London, 1847.

(3) Baudier, *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, janvier-avril 1785-1847.

Obs. 11 (1)

Curling décrit un fibro-myome du vagin occupant toute la paroi antérieure.

Obs. 12 (2)

Une femme de 39 ans, multipare, affaiblie par des accidents antérieurs, ne peut accoucher. Une tumeur fibroïde de 30 cent. de long, 24 de large et 16 de haut insérée à la paroi antérieure du vagin et de l'utérus l'en empêche. La tumeur est attirée à l'extérieur; l'accouchement amène un fœtus déjà en putréfaction. La tumeur est remise en place; la femme meurt quelques jours après.

Obs. 13 (3)

Une tumeur fibroïde de 16 cent. de long, 10 de large et 9 cent d'épaisseur, fixée à la cloison recto-vaginale, nécessite l'opération césarienne.

Obs. 14 (4)

Une tumeur grosse comme deux poings (myome du vagin), ovalaire, située à la partie postérieure du vagin, gêne l'accouchement; les manœuvres employées pour extraire le fœtus amènent une rupture du vagin et une fracture de la branche descendante du pubis. La malade meurt quatre mois après exténuée par la suppuration occasionnée par l'élimination de cette branche.

(1) Curling, *Transact, of the path. soct.*, London, vol. 1, p. 301.
(2) Pillore, *Gazette des hôpitaux*, N° 137, 1854,
(3) Pillore, *loc. cit.*
(4) Virchow, *Krankhafte Geschwülste*, Bd. III, 1 *Helfte*, p. 221.

Obs. 15 (1)

Une femme de 40 ans n'a jamais été enceinte ; elle est mariée depuis l'âge de 19 ans. Une tumeur indolore qu'elle a remarquée depuis 3 ans gêne le coït et fait saillie entre les grandes lèvres ; elle a la grosseur d'un œuf de poule, est fixée à la paroi antérieure du vagin, 1 cent. au-dessus du méat, paraît rouge et est recouverte d'une muqueuse lisse. Une ponction n'amène pas de liquide. La muqueuse est incisée ; la tumeur énucléée, le pédicule coupé avec des ciseaux. L'hémorrhagie est peu importante. Guérison. Les lèvres de la plaie se réunissent par première intention.

Examen microscopique : Tissu fibreux sillonné de vaisseaux sanguins avec fibres musculaires lisses.

Obs. 16 (2)

Fibrome large du vagin chez une femme de 34 ans, mère de 7 enfants.

Obs. 17 (3)

Une tumeur piriforme de 6 centimètres de diamètre est fixée par un pédicule de un demi-centimètre de long sur un demi de diamètre au côté droit du vagin au-dessus de la petite lèvre ; la malade l'a remarquée depuis 3 ou 4 ans ; elle n'est sortie du vagin que depuis une dizaine de jours.

La tumeur est arrachée et entraîne avec elle une partie des tissus voisins. Guérison. Un médecin consulté par la malade avait pris la tumeur pour un abcès et avait ponctionné, un autre avait ordonné un pessaire.

C'était une tumeur fibreuse.

(1) Demarquay-Mussoud, *La Lancette française*, Paris XXXIII[e] année, N° 83, p. 330-331, 1860.

(2) Duncan, *Med. times and gaz.*, 1860, p. 85.

(3) Paget, *Observation on dieseases of fenales, vol.* 2, p.. 115.

Obs. 18 (1)

Un myome de la paroi antérieure duvagin occupe la plus grande partie de ce conduit.

Obs. 19 (2)

Une tumeur de la grosseur d'une orange est fixée à la paroi antérieure du vagin depuis le méat jusqu'à 1 cent. au-dessous du museau de tanche; en bas elle sort de la vulve.

On emploie l'anse galvanique. Guérison.

Obs. 20 (3)

Une jeune fille grande, d'une très bonne santé, âgée de 23 ans, étant au 7me mois de sa grossesse, sentit tout à coup tomber quelque chose en dehors de la vulve; elle était en train de courir. Elle sentit tout de suite de la gêne, de la douleur même et elle fut obligée de consulter. On trouve une tumeur charnue, résistante, d'un rouge foncé qui pendait en dehors de la vulve, mais était encore attachée à la paroi postérieure du vagin, vers le milieu de sa hauteur, au moyen d'un gros pédicule un peu mollasse. Cette tumeur était beaucoup plus volumineuse qu'un œuf de poule, ne saignait pas et n'était pas douloureuse au toucher. La malade affirma qu'elle avait jusqu'alors ignoré complètement l'existence de ce corps charnu.

On le fit rentrer sans peine dans le vagin et l'on vit qu'il se logeait facilement dans la poche ou dépression qui existe normalement dans ce point du vagin, mais qui était beaucoup plus large qu'à l'état normal.

Cette réduction soulagea beaucoup la malade; mais un nouveau prolapsus se produisit; on jugea qu'il fallait extirper ce polype aussi promptement que possible, vu l'état de grossesse avancée, et la ma-

(1) Lebert, Traité d'anatomie pathologique, etc., Paris 1857, 1861, Atlas, planche 155, fig. 3.

(2) Barnes, *Obstet. transact. of.*, London, vol. 14, p. 309.

(3) Mac Clintock, *The Dublin, quarterly journal*, vol. 23, p. 209, février 1862.

lade fut admise dans une des salles de l'hôpital. Le Dr Skeleton appliqua sur le pédicule une forte ligature.

Le 4me jour un écoulement fétide se produisit et, comme il ne restait intacte qu'une très petite portion du pédicule, on la coupa avec des ciseaux; la tumeur fut enlevée; la malade quitta l'hôpital quelques jours après; elle était complètement guérie.

Au terme de sa grossesse, elle revint pour s'accoucher; tout se passa bien et elle se rétablit très vite.

### Obs. 21 (1)

Une femme de 24 ans au dernier mois d'une deuxième grossesse, fut reçue le 5 juin 1857 dans une des salles de l'hôpital. Elle avait à la vulve une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, d'une coloration livide et qui était insérée immédiatement en arrière de l'orifice vulvaire; cette femme ne s'était aperçue de l'existence de cette tumeur que la veille du jour où elle entra à l'hôpital. Le Dr Montgomery l'examina et reconnut que cette tumeur tenait par un pédicule à la paroi postérieure du vagin. Le Dr Mac Clintock ne la vit que trois jours après. La tumeur avait alors disparu extérieurement, mais on la retrouvait cachée dans la partie interne et postérieure du vagin et avec un peu de difficulté et quelques douleurs pour la malade elle fut ramenée au dehors. Il y avait un écoulement fétide et sanguinolent. La tumeur était considérablement diminuée de volume, ramollie, noirâtre; en fait, elle paraissait en partie mortifiée par suite de la compression exercée par le sphincter du vagin.

Jugeant opportun de la débarrasser aussitôt que possible de cette masse ulcérée, le Dr M. Clintock soumit la malade au chloroforme, attira au dehors toute la tumeur et l'excisa au moyen de l'écraseur. Trois jours après, la malade était debout et l'écoulement avait presque cessé: elle retourna chez elle pour revenir au bout de huit ou dix jours. Les douleurs utérines commencèrent le 20 et elle accoucha dans la journée de deux jumeaux. Sans qu'on pût en découvrir la cause, elle tomba dans une prostration extrême et mourut au bout de 34 heures; on ne trouva ni péritonite ni trace de pus. L'utérus était volumineux

(1) Mac. Clintock, *loc. cit.*

et sa surface interne était d'une coloration noire, d'une odeur fétide presque gangréneuse. La seule trace qui persista du polype était une ulcération superficielle du diamètre d'une pièce de 50 centimes que l'on voyait à la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin.

Obs. 22 (1)

Une femme de 37 ans a eu dix accouchements, le dernier depuis 4 ans. Tout a bien marché, elle a toujours été bien réglée mais ses époques retardent. Un corps mou, charnu sort du vagin; elle croit à un prolapsus utérin. Ce n'est qu'une partie de la tumeur du vagin qui est fixée par un large pédicule à droite et dévie l'utérus à gauche. La tumeur est attirée à l'extérieur; une ligature est jetée sur sa base; deux jours après les ciseaux enlèvent la tumeur. L'hémostase est faite avec des tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer. Un peu de fièvre. Guérison.

Poids de la tumeur 1200 à 1300 grammes.

Obs. 23 (2)

Une femme de 33 ans, mariée depuis 4 ans, a accouché un an après son mariage. Depuis lors elle a de la dysurie; l'urine est trouble, sanguinolente. L'entrée du cathéter est difficile, l'instrument est dévié.

L'examen local permet de reconnaître une tumeur de la paroi antérieure du vagin fixée aussi à l'urèthre. Nous n'avons pas le résultat de l'opération.

Obs. 24 (3)

Chez une enfant de 15 mois Traetzl trouve une tumeur qui se présente à la vulve, empêche la miction et la défécation; elle est molle, élastique, rouge; les parties environnantes sont chaudes, enflées,

(1) Ollivier, *La Lancette française*, xxxiv^e année, Paris, N° 95, p. 378, 1862.
(2) West, *Lehrbuch der Frauenkrankheiten*. II, Auflage Goettingen, 1863, p. 747.
(3) Traetzl, *Allgem, Wien Med. ztg*, 1863, N° 30.

œdématiées. Il réduit la tumeur que les efforts de l'enfant font ressortir le lendemain. Elle est piriforme, violacée en partie, lisse et brillante, en partie rugueuse et déchirée et paraît riche en vaisseaux; elle a le volume d'un poing d'homme. Le pédicule de la grosseur du petit doigt est lié; la tumeur tombe au bout de cinq jours; elle est de structure fibreuse. Guérison.

Obs. 25 (1)

Myome du vagin plus gros que le poing.

Obs. 26 (2)

Fibro-myome de la grosseur d'une noisette à l'entrée du vagin et en même temps une tumeur de même nature de l'utérus et de l'ovaire.

Obs. 27 (3)

Une femme de 42 ans, primipare, a une hémorrhagie occasionnée par un polype, dont le pédicule est fixé dans le vagin à gauche et en haut. Ligature du pédicule resserrée tous les jours ; la tumeur tombe le 8e jour. Guérison.

Obs. 28 (4)

Une fille de 41 ans a, depuis 3 ans, un écoulement vaginal séro-sanguinolent. Depuis deux ans, elle a remarqué une tumeur qui augmente sans cesse et qui gène la miction et la défécation.

14 jours avant d'entrer chez Hœnning, elle a expulsé un morceau de la tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant et du poids de plus de deux livres.

(1) Ulrich-Virchow, *Krankhafte Geschwülste*, Bd. III, *I Helfte*, p. 221, 1865.
(2) Virchow, *loc. cit.*
(3) Guiness-Beatty, *Dubl. journ.*, août 1868, p. 239.
(4) Hœning, *Berlin, Klin. Wochenschrift*, 1869, p. 55.

Elle peut à peine marcher; de la vulve sort une grosse tumeur recouverte d'une muqueuse rouge, noire, ulcérée par places; elle est molle, presque fluctuante d'un côté, dure de l'autre, elle obstrue l'orifice de l'hymen, ce dernier est déchiré. On peut s'assurer qu'elle est fixée à la paroi antérieure du vagin, au-dessus de l'urèthre par un pédicule de la grosseur du doigt. La malade est chloroformisée ; on attire la tumeur au-dehors, on sectionne le pédicule avec des ciseaux. L'hémorrhagie ne peut être arrêtée par le fer rouge ; il faut lier les vaisseaux qui donnent. L'utérus est normal mais dévié à droite; le vagin est élargi et ulcéré par places. La malade n'a pas de fièvre ; elle urine involontairement; on enlève les ligatures, tout rentre dans l'ordre, un léger écoulement purulent persiste,

Examen microscopique : Fibroïde œdémateux, très mou, ne présentant rien d'anormal.

### Obs. 29 (1)

Une demoiselle de 45 ans a remarqué, il y a cinq ans, une tumeur vaginale de la grosseur d'un œuf de pigeon. Cette tumeur a augmenté de volume, gêne la miction et la défécation; elle a donné lieu l'année dernière à une forte hémorrhagie. Jakobs trouve une tumeur de couleur variée, puante, ferme, irrégulière, insensible, qui a la grosseur d'une tête d'enfant et sort un peu du vagin.

Il chloroformise la malade et tire sur la tumeur dont le pédicule paraît s'insérer dans le vagin au niveau de la face postérieure de la symphyse. Il détruit ce pédicule avec l'écraseur de Chassaignac. Cette opération donne lieu à une hémorrhagie qui ne peut être arrêtée, ni par la ligature, ni par l'application du fer rouge ; il faut encore employer le tamponnement associé au perchlorure de fer. La malade guérit vite. La tumeur enlevée pèse 2 livres 7 demi-onces. Quatre semaines après, une tumeur de même nature apparaît à la vulve; on l'enlève par le même procédé, elle pèse un peu moins d'une livre.

L'examen microscopique est fait par Rindfleisch qui se prononce pour un fibroïde œdémateux infiltré. A son avis, la première avait la même structure, elles existaient ensemble; la seconde est passée in-

(1) Jakobs, *Klin. Wochenschrift* 1869, p. 258.

aperçue et après la première opération n'étant pas gênée dans son développement, elle s'est accrue promptement et est venue se présenter à la vulve. Il n'y a pas eu de récidive.

Obs. 30 (1)

Une *Virago* de 48 ans, nullipare, a depuis plusieurs années un écoulement sanguin continuel. Une tumeur de la grosseur de la tête d'un enfant, dure, lisse, est fixée par un court pédicule au haut de la paroi antérieure du vagin. Le pédicule est sectionné avec des ciseaux courbes. L'hémorrhagie est insignifiante. L'extraction de la tumeur hors du vagin est assez pénible.

Obs. 31 (2)

Une fille de 51 ans a besoin, depuis l'âge de 37 ans, de recourir à la sonde pour pouvoir uriner ; une tumeur l'en empêche. Elle éprouve, un jour qu'elle est occupée à laver, des douleurs très fortes dans le vagin ; ces douleurs amènent à l'extérieur une tumeur du volume d'un œuf d'oie, désormais irréductible et qui grossit de jour en jour. Quand Greene la voit, il constate l'existence d'une tumeur du volume de la tête d'un nouveau-né qui a quelque ressemblance avec un prolapsus utérin. La tumeur est molle à la périphérie, dure au centre; elle a une teinte violacée et est parcourue par de grosses veines. Elle est fixée à la paroi antérieure du vagin, qu'elle garnit presque complètement plus à gauche qu'à droite. Sa sortie amène une forte déchirure du périnée. Greene n'enlève que les deux tiers de la tumeur et a une hémorrhagie copieuse ; il pose autour du pédicule des ligatures qu'il serre progressivement ; la tumeur restante tombe 5 jours après. Guérison.

Examen microscopique : Tumeur fibreuse très vasculaire.

Obs. 32 (3)

Schrœder parle du même cas, sans y rien ajouter de plus.

(1) Jakobs, *Loc. cit.*, p. 259.
(2) Greene, *Beit. med. journ.*, vol. 1, 1870, p. 489,
(3) Byrne, *Dublin, quart. journ.*, 2 mai 1871, p. 504.

Obs. 33 (1)

Une femme a depuis un an et demi un sentiment de compression dans le vagin ; la miction et la défécation sont pénibles, elle a des écoulements, tantôt sanguins, tantôt sanieux. Scanzoni découvre une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, fixée par un pédicule fin à la paroi antérieure du vagin. Il coupe le pédicule avec des ciseaux et est obligé, pour arrêter l'hémorrhagie, de recourir au tamponnement et au perchlorure de fer. Tout rentre dans l'ordre.

Examen microscopique : Fibro-myome.

Obs. 34 (2)

Une hystéro-épileptique non mariée a une tumeur du vagin qu'on enlève sans rien changer à l'état de la malade.

Examen microscopique : Fibrome riche en vaisseaux lymphatiques.

Obs. 35 (3)

Une femme de 23 ans a depuis l'âge de 17 ans des écoulements menstruels très copieux qui l'affaiblissent. Le mari trouve quelque chose d'anormal dans le vagin. Le coït est gêné, une tumeur lisse, assez consistante, du volume d'une grosse pomme est fixée par un fort pédicule à la paroi antérieure du vagin, à 2 ou 3 centimètres au dessus de la vulve. Le pédicule est coupé avec des ciseaux ; l'hémorrhagie arrêtée par le tamponnement.

Examen microscopique : Fibro-myome du vagin.

Obs. 36 (4)

Une tumeur mobile sous la muqueuse, compressible et de la grosseur d'une noix de coco fait saillie à gauche dans le vagin d'une femme

(1) Scanzoni, *Lehrbuck der kehtn der weibl. Sexorganes V. Auflache*, 1875, p. 100.
(2) Chadwick, *Phil. med. Times*, 12 septembre 1875.
(3) Beigel, *Die Krankheiten der weibl. Geschlehtes*, Bd. II, p. 590, 1875.
(4) Wiglesworth, *Arch. of Dermat.*, 1875.

de 31 ans; elle n'a pas de pédicule, paraît quelque peu fluctuante. La ponction aspiratrice ne donne rien. Elle a pris naissance dans la cloison recto-vaginale; on l'enlève : la malade meurt de pyohémie.

Examen microscopique : Tumeur de structure fibreuse.

Obs. 37 (1)

Une enfant de 2 ans et demi bien portante jusque-là, a depuis un mois des écoulements vaginaux, parfois elle perd du sang. Elle a des douleurs dans le ventre. En urinant elle crie; soudain une tumeur de la grosseur d'une orange fixée à la paroi postérieure du vagin sort de la vulve. On chloroformise la malade, on lie le pédicule et on coupe la tumeur au-dessus de la ligature. Pas d'hémorrhagie.

Examen microscopique : Fibro-myome.

Obs. 38 (2)

Une femme primipare de 26 ans a, pendant le dernier mois de sa grossesse, deux fortes hémorrhagies qui n'ont pas de conséquences fâcheuses.

Depuis quelques heures elle ne peut uriner. Une tumeur de consistance fibreuse, lisse, rend l'urèthre imperméable. Elle éprouve pendant 3 heures de fortes douleurs qui amènent hors du vagin une forte tumeur dont le pédicule est fixé au bas de la paroi antérieure du vagin. L'accouchement est normal, le fœtus est mort; il pèse 1840 gram. La tumeur est énucléée trois jours après : elle menace de se gangrener. Elle pèse 332 gram.

Examen microscopique : Fibro-myome.

Obs. 39 (3)

Un fibrome mou de la paroi antérieure du vagin est recouvert par l'hymen ; il occasionne de fortes douleurs. Il est enlevé par énucléation.

(1) Wilson, *Med. Times and Gaz.*, avril 1876, p. 360.

(2) Porro, Annales de gynécologie, t. v, p. 72, 1876.

(3) Hildebrand, *Die neue gynäkologische Universitats klinik. zu Kœnigsberg*, Leipsig 1876, p. 99.

Obs. 40 (1)

Une femme de 47 ans a eu neuf accouchements heureux ; lors du premier, elle a déjà remarqué une petite tumeur qui se présentait à la partie antérieure de la vulve. Cette tumeur a grossi depuis lors. Elle a maintenant 8 cent. de long sur 4 et demi à 5 et demi de grosseur ; il en sort un tiers hors de la vulve. La base a 4 cent. de diamètre et est fixée à la paroi antérieure du vagin au-dessus du col de la vessie ; elle garnit cette paroi. Neugebauer emploie l'anse galvanique qu'il applique sur le pédicule. L'hémorrhagie est très forte ; il faut recourir à l'appareil de Middeldorpl et au fer rouge pour arrêter une artère. L'hémorrhagie en nappe ne peut être arrêtée que par le tamponnement et le perchlorure de fer.

L'aspect de la plaie n'est pas beau ; la tumeur repousse si bien, que 2 mois après elle a 5 centimètres de long et 4 cent. de grosseur. Cette fois l'opérateur se sert de l'écraseur ; il a encore à faire à une hémorrhagie en nappe qu'il arrête par l'application de charpie imbibée de perchlorure de fer.

Il ne reste plus rien de la tumeur. Guérison. La première tumeur pesait 47 gram., la seconde 52 gr. 5.

Examen microscopique : Fibro-myome traversé par des vaisseaux lymphatiques et sanguins. Le micrographe croit, sans l'affirmer, avoir trouvé un peu de tissu sarcomateux.

Obs. 41 (2)

Une femme de 25 ans se plaint de douleurs dans la vessie. Les grandes lèvres sont enflées, elle souffre depuis 2 ans. Une tumeur de la grosseur de deux poings, élastique, molle, paraît à la partie antérieure du vagin : le pédicule est large et recouvre toute la paroi antérieure comprise entre le col de la vessie et les deux tiers supérieurs de cet organe. La tumeur est attirée, énucléée, ce qui permet de constater qu'elle

(1) Neugebauer, *Prager Vierteljahrschrift*, 1877, Bd. II, p. 59.
(2) Simpson, *Edimb. obtet. transact.*, vol. 5, 1re partie, p. 121, 1878.

a pris naissance dans la cloison vésico-vaginale. Il y a une hémorrhagie facile à arrêter ; les lèvres de la plaie sont mises en contact, mais on ne peut obtenir de réunion par première intention. Guérison.

Examen microscopique : Fibrome mou, œdémateux.

Obs 42 (1)

Une tumeur vaginale de la paroi postérieure garnit la moitié supérieure du vagin jusqu'au cul-de-sac. Elle n'est pas opérée.

Obs. 43 (2)

Une enfant vient de naître depuis 24 heures ; elle a une tumeur de la grosseur d'une lentille qui sort du vagin à travers l'orifice de l'hymen. La tumeur est attirée à l'extérieur, elle a un pédicule fixé à la paroi postérieure du vagin un peu à gauche et en haut. Le pédicule lié, puis sectionné. Pas d'hémorrhagie. Guérison.

Examen microscopique : Fibro-myome.

Obs. 44 (3)

La malade a 42 ans, elle a eu 4 accouchements heureux, un avortement. Elle s'est aperçue depuis 4 ans d'une tumeur vaginale qui depuis 2 ans rend le coït impossible. On avait cru à un prolapsus utérin. Cross trouve une tumeur de la grosseur d'un fœtus de 6 mois fixée par un pédicule court à la paroi antérieure du vagin, un peu au-dessous du col de l'utérus qui est normal. Il fait deux ligatures et emploie l'écraseur : hémorrhagie insignifiante. Guérison. La tumeur pèse 420 grammes,

(1) Hunter, *Americ. journ., of obstetr. et....*, p. 764, 1878.
(2) Martin, *Zeitschrift für Geburtshelfe und Gynaekologie*, Bd. III, p. 406.
(3) E. Cross, *Centralblatt für Gynäckologie*, mars 1878, p. 511.

Obs. 45 (1)

Une femme primipare a une tumeur de la paroi vaginale antérieure grosse comme une noisette; elle est très gènante pour le coït. Trois ans plus tard, elle a atteint le volume d'un poing d'homme. La femme est au 7me mois d'une deuxième grossesse. Fischer coupe le pédicule de la tumeur avec des ciseaux courbes, et à l'époque voulue, la femme accouche d'un enfant vivant.

Examen microscopique : Fibrome.

Obs. 46 (2)

Polype du tiers inférieur du vagin ; l'opération n'offre aucune difficulté. Guérison.

Examen microscopique : Tumeur composée presque exclusivement du tissu fibreux.

Obs. 47 (3)

Polype fibreux de la grosseur d'une petite cerise au voisinage de la vulve.

Examen microscopique : le même que celui du cas précédent.

Obs. 48 (4)

Une femme de 43 ans, bien portante et bien réglée, est porteuse d'une tumeur exulcérée qui gêne sa marche ; elle l'a remarquée depuis 2 ans. La tumeur sort de 10 cent. hors du vagin; elle est fixée à la paroi antérieure du vagin et à droite de ce conduit par un large pédicule qui arrive jusqu'au niveau du col de l'utérus.

(1) Fischer, *Zeitschrift für Wundärzte, etc.* Bd. xxxviii, 3 *Helft.*, 1878.
(2) Beigel, *Pathol. Anatom. der weibl. Unfruchtbarkeit, etc.*, p. 112, 1878.
(3) Beigel, *loc. cit.*
(4) Dahlmann, *Archiv. für Gynäckologie*, Bd. xv, p. 127.

L'urèthre est dévié à droite. Un cathéter introduit dans la vessie permet de constater un espace libre entre la tumeur et l'utérus. La tumeur est énucléée. Une petite artère donne lieu à une hémorrhagie qui est vite arrêtée. La réunion par première intention ne réussit pas. Guérison. La tumeur pèse 180 grammes.

Examen microscopique : Fibro-myome.

Obs. 49 (1)

Un fibro-myome de la grosseur d'une noix à droite du vagin est compliquée d'un polype utérin de la grosseur d'une tête d'enfant.

Obs. 50 (2)

Une femme de 32 ans, non mariée, se plaint de gène et de pesanteur dans le vagin. Les menstrues quoique abondantes sont régulières. A 3 centimètres au-dessus de la vulve, sur la paroi antérieure du vagin, un peu sur la droite, est une tumeur élastique, lisse, de la grosseur d'une noix ; la malade ignore depuis quand elle en est porteuse. Rochelt énucléée la tumeur, fait des points de suture, draine, tamponne avec du coton imbibé de glycérine phéniquée. Guérison en 10 jours.

Examen microscopique : Fibro-myome.

Obs. 51 (3)

Une tumeur rouge de la grosseur d'une châtaigne siège dans le vagin au niveau du cul-de-sac postérieur ; elle n'a pas été opérée.

Examen microscopique : Myome pur qui prend naissance dans les fibres musculaires du vagin.

(1) Schroeder, *Handbuch der weibl. Geschlechtsorgane V. Auflage*, p. 480, 1881.
(2) Rochelt, *Wiener Medicinische*, Presse 1882, N° 6, p. 178.
(3) Kleinwächter, *Zeitschrift fur Heilkunde, etc. Prager*, Bd. III, p. 357.

Obs, 52 (1)

Une préparation microscopique de tumeur du vagin montre du tissu fibreux pur et du tissu fibreux sub-muqueux,

Obs. 53 (2)

Une femme de 38 ans, non mariée, éprouve depuis plus d'un an des douleurs dans le vagin, elle n'a pas eu d'hémorrhagie. Elle n'est plus réglée depuis huit semaines. Pas de douleur dans la vessie ni dans le rectum. Une tumeur de la grosseur du poing de 25 centimètres de circonférence et de 7 à 8 centimètres dans sa plus grande longueur est fixée par un pédicule de 2 centimètres de diamètre et de 3.5 de longueur à la paroi antérieure du vagin, à 3 centimètres au-dessus de la vulve. Elle est intra-vaginale, ronde, exulcérée par place, notamment en arrière et en bas ; elle est rouge et dure. Le pédicule ne donne pas la sensation d'un cordon fibreux. Un cathéter introduit dans la vessie pénètre dans un recessus qui n'est autre chose que la partie considérée comme pédicule de la tumeur ; le pédicule n'existe pas, il est formé par la vessie et la paroi antérieur du vagin. Impossible d'arriver avec le doigt jusqu'à l'utérus. L'hymen est intact et c'est par son orifice qu'il est possible d'apercevoir la tumeur. Le méat est très rouge, entouré d'excroissances polypeuses. La malade éprouve un sentiment de brûlure pendant la miction ; elle se décide à l'opération.

Celle-ci décrite avec soin par Kleinwächter n'est autre que l'énucléation. Cet auteur mentionne une déchirure de la vessie faite par l'aide chargé de maintenir le cathéter placé dans le récessus sns-mentionné. Les bords de cette plaie intempestive sont réunis par deux sutures au catgut. L'hémorrhagie est insignifiante. La réunion par première intention ne peut être obtenue. La plaie prend un aspect œdémateux, tendu, elle est douloureuse ; les sutures sont enlevées ; il s'écoule une grande quantité de pus sanieux. La plaie est lavée

(4) Kleinwächter, *loc. cit.*
(1) Kleinwächter, *loc. cit.*

toutes les 3 heures avec une solution d'acide salycilique ; on y met un drain ; la fièvre dure 2 jours, après quoi la température et le pouls deviennent normaux.

Les deux points de suture de la vessie tombent seuls ; on sonde la malade pendant 5 jours à partir de l'opération. La plaie prend bon aspect ; l'écoulement purulent cesse, et 18 jours après l'opération, la malade est guérie. Il ne reste plus qu'une cicatrice d'un centimètre et demi. La blessure de la vessie est guérie ; la miction n'est plus pénible. Guérison.

La tumeur pèse 207 grammes ; elle a la forme d'un rein, est bordée d'un liséré tantôt blanc tantôt jaunâtre ; elle est molle au toucher ; elle est rougeâtre ; la muqueuse qui la recouvre est exulcérée par places.

Examen microscopique : Fibrome avec îlots myxomateux.

Obs. 54 (1)

Mme V., âgée de 41 ans, se présente à la Pitié dans la service de M. Polaillon, suppléé par le docteur Terrillon, Cette femme éprouve dans la partie profonde du vagin des douleurs assez vives pendant le coït et même au moment des règles ; elle se plaint également d'éprouver une certaine gêne dans la miction.

Quand on l'examine, on constate qu'il existe à la partie antérieure du vagin une tumeur qui correspond à peu près à l'origine du col vésical ; elle a la grosseur d'un œuf de pigeon et est plutôt molle que dure, mais ne donne pas la sensation d'une fluctuation évidente. Sa présence gêne un peu l'introduction d'une sonde dans l'urèthre. L'examen du spéculum ne fait constater aucune altération de la muqueuse qui paraît seulement à ce niveau un peu violacée. En présence de cette tumeur, on pouvait hésiter, au point de vue du diagnostic, entre un kyste à parois rigides et tendues et une tumeur fibreuse ou fibro-plastique. La constatation de quelques bosselures à la surface de la tumeur, sa consistance permettaient de supposer plutôt l'existence d'une tumeur solide. Une ponction exploratrice avec une aiguille grosse et un expirateur permit de constater qu'on avait affaire à une masse solide, car la pointe de l'aiguille enfoncée ne présentait aucune mobilité.

(1) Collardot (Thèse de Paris, 1881).

L'opération fut décidée et pratiquée de la manière suivante :

La malade endormie, couchée et placée comme pour une opération de fistule vésico-vaginale, on éclaira et dilata le vagin à l'aide du spéculum de Bozeman.

Une incision longitudinale fut pratiquée sur la partie saillante de la tumeur.

La muqueuse et le tissu sous-muqueux étant incisés, il s'écoula une certaine quantité de sang facilement arrêté avec des pinces à forcipressure. La surface de la tumeur nettement constatée, on put au moyen d'une sonde cannelée, d'une spatule et en s'aidant des doigts déchirer les adhérences qui l'unissaient à la cavité qu'elle s'était creusée dans l'épaisseur de la paroi vaginale. La tumeur fut énucléée avec quelques difficultés, mais surtout avec cette particularité déjà signalée par les auteurs qu'il y eût une hémorrhagie en nappe très abondante venant des vaisseaux qui se trouvaient dans les tractus fibreux dilacérés par l'arrachement. L'application de 7 ou 8 pinces hémostatiques fut nécessaire pour arrêter l'hémorrhagie. Quelques heures après l'opération, on enleva la moitié des pinces, et le soir il y eut une hémorrhagie assez forte qui nécessita le tamponnement du vagin. La suppuration, la granulation se firent normalement et la guérison eut lieu au bout de trois semaines. La tumeur était un fibro-myome dans lequel l'élément fibreux dominait.

FIN.

Vu bon à imprimer :
*Le Doyen*,
J. BENOIT.

Vu :
*Le Président censeur*,
ESTOR.

Permis d'imprimer :
*Le Recteur de l'Académie*,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

# QUESTIONS TIRÉES AU SORT

***Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement***

***en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.***

***Chimie Médicale et Pharmacie.***

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

***Physique Médicale.***

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

***Botanique et Histoire Naturelle Médicale.***

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

***Anatomie.***

Du système porte.

***Anatomie pathologique et Histologie.***

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

***Physiologie.***

De la lymphe et de ses fonctions.

***Pathologie et thérapeutique générales***

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine quâ non* des affections morbides à quinquina ?

***Pathologie Médicale ou Interne.***

De l'encéphalite et de son traitement.

***Pathologie Chirurgicale ou Externe.***

Des abcès métastatiques.

***Thérapeutique et Matière Médicale.***

Des préparations antimoniales.

***Opérations et Appareils.***

De la désarticulation du coude.

***Médecine légale et toxicologie.***

De l'empoisonnement par les champignons.

***Hygiène.***

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

***Accouchements.***

De la délivrance.

***Clinique Interne.***

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

***Clinique Externe.***

De la fièvre traumatique.

***Clinique des maladies mentales et nerveuses.***

De la lypémanie suicidique.

***Titre de la Thèse à soutenir.***

Contribution à l'étude des fibromes, myomes et fibro-myomes du vagin.

# SERMENT.

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*